

MODELO de ACUERDO de GESTIÓN y RESULTADOS Contrato Programa 2017

Hospitales



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**Modelo de acuerdo de gestión y resultados. Contrato Programa 2017.
Hospitales.**

© 2017 Servicio Andaluz de Salud.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Edita: Servicio Andaluz de Salud.
Avenida de la Constitución, 18. 41001 Sevilla
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

INDICE:

INTRODUCCION.....	1
1. RESULTADOS EN SALUD	4
Salud Pública	4
Garantía de resultados en salud	5
2. RESULTADOS EN PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	7
Pacientes y Ciudadanía.....	7
Accesibilidad	11
Actividad Asistencial.....	13
Seguridad del paciente.....	14
Acreditación y desarrollo profesional	16
Otras actuaciones ligadas al ejercicio profesional.....	16
Gestión clínica	17
Gestión y servicios	18
3. RESULTADOS EN VALOR DE LOS RECURSOS Y SOSTENIBILIDAD...	19
Capítulo I, II y IV	19
Gestión pública responsable de los recursos y la sostenibilidad	20
4. RESULTADOS EN EL ÁMBITO DEL CONOCIMIENTO	22
Formación e investigación.....	22
Sistemas de Información	26
Imagen y Comunicación.....	27
5. RESULTADOS DE DESARROLLO CRÍTICO	28
Uso racional del medicamento	28
Uso adecuado de otras tecnologías sanitarias.....	30

INTRODUCCION

Los principios de universalidad, equidad e igualdad en el acceso, igualdad social y equilibrio territorial, entre otros, referidos a la prestación de los servicios sanitarios poseen un valor intrínseco y se encuentran plenamente consolidados en la sociedad andaluza a lo largo de todos estos años. Principios a su vez que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, consagrados en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y que encuentran su fundamento en el mandato constitucional y en el Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Nuestra razón de ser, como Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que somos, se define por los siguientes propósitos esenciales como organización sanitaria:

- Contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población en Andalucía.
- Proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población en Andalucía.
- Asegurar el valor de los recursos y la sostenibilidad.
- Generar y gestionar el conocimiento.

Por su parte, los valores que definen y guían nuestra actuación organizativa son: Universalidad, Equidad, Sostenibilidad, Transparencia, Innovación, Enfoque preventivo y de promoción, Compromiso con la calidad, Accesibilidad, Satisfacción ciudadana, Personalización, Participación, Trabajo en equipo, Motivación, Reconocimiento profesional, Autonomía profesional y Corresponsabilidad.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) -y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES)- tiene la responsabilidad de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud -y las APES- para el periodo 2016-2019, tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía.

Dentro de este ámbito y en consonancia con el mismo, el Servicio Andaluz de Salud define el presente Acuerdo de Gestión y Resultados-Contrato Programa (CP) con sus distintos centros que lo componen: Distritos de Atención Primaria, Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria, así como con las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias.

Mediante el presente Acuerdo de Gestión y Resultados-CP, referido al ámbito de los centros sanitarios, se establecen los objetivos internos así como la asignación de recursos. En ellos, se recogen, a su vez, los indicadores necesarios que posibiliten el seguimiento del grado de realización de los objetivos definidos.

Los centros, a su vez, han de establecer los respectivos Acuerdos de Gestión con las distintas Unidades de Gestión Clínica (UGC), de acuerdo con su organización, respectiva.

La experiencia adquirida en el anterior periodo aconseja mantener la perspectiva plurianual con el fin de identificar un horizonte a medio plazo que permita al conjunto de la organización identificarse con los cambios necesarios que se han de acometer. Por otra parte, su desarrollo anual permite una progresión creciente de objetivos fiables y factibles en el tiempo. En definitiva, se trata de profundizar en las líneas ya emprendidas, en el marco del IV Plan Andaluz de Salud y del Plan de Calidad, y de avanzar en el cambio organizativo hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, teniendo como eje fundamental los procesos asistenciales integrados, los cuales deben ser elementos prioritarios en los acuerdos de gestión clínica.

Dentro de este ámbito, pues, el presente Acuerdo de Gestión y Resultados-CP es el instrumento del cual se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por los centros del SAS-APES- y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año 2017. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.

En definitiva, la firma del Acuerdo de Gestión y Resultados-CP representa no sólo el compromiso del Servicio Andaluz de Salud y APES para alcanzar las metas fijadas en los tiempos establecidos sino también la implicación de la totalidad de sus profesionales con la mejora de la salud, el bienestar y el desarrollo individual y colectivo de la ciudadanía andaluza. Respondiendo, asimismo, a perspectivas de innovación, modernización y calidad, con una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles y en el marco de una estrategia imprescindible de sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Es por todo ello, por lo que se establecen los objetivos sobre los que se fundamenta el presente Acuerdo de Gestión y Resultados-Contrato Programa para 2017 y que a continuación se exponen.

1. RESULTADOS EN SALUD

Salud Pública

Objetivo estratégico principal.- Mejorar la salud y calidad de la vida de la población, generando las condiciones estructurales, organizativas en la sociedad y las condiciones de vida en la población más favorecedoras para la salud.

Objetivos estratégicos específicos:

- La salud pública al servicio de la ciudadanía.
- La salud pública como bien colectivo.
- Protección de la salud que afronte los peligros y riesgos emergentes para la salud.
- Pro actividad e innovación bajo los principios de integridad e intersectorialidad de las actuaciones.
- Mejorar los estándares de salud de la población en general a través de la vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ El Hospital que tenga consultas ginecológica y obstétrica específicas para mujeres con movilidad reducida garantizará la formación de sus profesionales en Salud Sexual y Reproductiva.
- ▶ El Hospital garantizará el cumplimiento del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género, la formación de sus profesionales y la cumplimentación, en caso necesario, del Parte al Juzgado en DIRAYA.
- ▶ El Hospital promoverá el buen trato en la infancia y la prevención del maltrato infantil.
- ▶ El Hospital implementará las actuaciones contempladas en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA). Los centros sanitarios establecerán las acciones adecuadas para la atención integral y de calidad a lo largo de todo el periodo perinatal de las madres y los niños y niñas.

- ▶ Detección precoz de hipoacusia: El Hospital realizará la 1ª prueba de cribado inicial de hipoacusia en niños y niñas recién nacidos.
- ▶ El Hospital implantará el protocolo de actuación en los Trastornos de Déficit de la Atención e Hiperactividad entre sus UGC de Salud Mental y de Atención Primaria.
- ▶ Vigilancia, prevención y control de enfermedades emergentes y reemergentes.
- ▶ Investigación y control de alertas epidemiológicas y brotes epidémicos, de cualquier etiología, en el ámbito comunitario, nosocomial y ocupacional.

Garantía de resultados en salud

Objetivo estratégico principal.- Implementar las actuaciones necesarias y adecuadas que contribuyan a conseguir los mejores resultados en salud.

Objetivos estratégicos específicos:

- Análisis de situación de los indicadores de resultados en salud poblacionales, de servicios finales y de servicios intermedios, relacionados con las diferentes estrategias de la Consejería de Salud: planes integrales, planes de salud, estrategias.
- En base al análisis de los resultados en salud poblacionales, realizar e implantar propuestas de actividades para mejorar los resultados en base a las necesidades de salud de cada población.
- Garantizar la continuidad asistencial a los pacientes frágiles, pluripatológicos y complejos.
- Disminuir la morbilidad sanitariamente evitable y potenciar los hábitos saludables.
- Desarrollo del Programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de antimicrobianos (programa PIRASOA).
- Establecer mecanismos de mejora que garanticen la Continuidad de Cuidados de los pacientes.
- La salud pública basada en el concepto de activo en salud (participación de las personas y las comunidades en sus problemas de salud).

- Implantación de medidas de mejoras basadas en el análisis de los Indicadores de Calidad en Pacientes Ingresados (IQI) seleccionados.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ Programa PIRASOA:
 - Reducción de la presión antibiótica total en Hospital durante 2017 en relación a 2016.
 - Optimización de la prescripción antibiótica de los inhibidores de las betalactamasas, (amoxicilina/clavulánico, piperacilina / tazobactam), de los carbapenemas (ertapenem, imipenem, y meropenem), o de las quinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino y moxifloxacino) del Hospital durante 2017 en relación a 2016.
 - Consecución de tasas óptimas de infección de la incidencia de infección del lecho quirúrgico en cirugía prótesis de rodilla y de cadera.
- ▶ El centro analizará la evolución de los indicadores de calidad preventivo desde el año 2007 al año 2015, viendo cómo se han comportado y haciendo propuestas de mejora y evaluando las actuaciones de mejoras propuestas el año anterior.
- ▶ El Hospital informará sobre las actuaciones de mejora implantadas durante el año derivadas del análisis en la Comisión de Seguridad del Paciente, Mortalidad o Calidad, contando con la participación de las UGC correspondientes de las situaciones clínicas contempladas en los indicadores de calidad en pacientes ingresados (IQI) de la AHRQ seleccionados.
- ▶ Evaluar y realizar actuaciones de mejora para disminuir la mortalidad sanitariamente evitable por Enfermedad cerebrovascular /Ictus.
- ▶ Disminuir los reingresos a los 30 días de una estancia previa en el Hospital por cualquier causa.
- ▶ Instaurar de forma sistemática programas de educación terapéutica sobre problemas de salud más prevalentes, con las personas atendidas en hospitales y/o en atención primaria para el manejo del plan terapéutico, la ayuda al afrontamiento para los cambios en su proyecto vital, incorporando la participación de pacientes activos.
- ▶ Aumentar la adherencia al régimen terapéutico mediante la instauración de forma sistémica de programas de educación terapéutica sobre

problemas de salud más prevalentes: Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, EPOC, Dolor Osteomuscular y Asma.

- ▶ Disminuir la Prevalencia del deterioro de la integridad cutánea en pacientes inmovilizados en el hospital y en el domicilio.
- ▶ Disminuir la prevalencia de pie diabético en las personas incluidas en Proceso Asistencial Integrado Diabetes.
- ▶ Avanzar en el desarrollo de Comisiones de Cuidados de Áreas para garantizar una continuidad de cuidados interniveles efectiva.
- ▶ Plan de continuidad asistencial de pacientes frágiles dados de alta desde urgencias. Comunicación y Coordinación entre Atención hospitalaria y Atención Primaria.
- ▶ Plan de continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes frágiles dados de alta los fines de semana, festivos y vísperas desde las UGC de hospitalización y Urgencias.
- ▶ Planes Integrales y Sectoriales.- Se establecerán para el AGS, objetivos de resultados en salud incluidos en los Planes: ICTUS, PAAD, PAAIPEC, PACPA, PAFAE, PAPER, PAUE, PIAC, PICA, PIDMA, PIOA, PIOBIN, PISMA, PITA, VIH-SIDA, etc. (según ANEXO).

2. RESULTADOS EN PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Pacientes y Ciudadanía

Objetivo estratégico principal.- El ciudadano es el centro del sistema sanitario, participando de forma activa a través de nuevos cauces de participación y sus orientaciones influyen de forma directa en la organización.

Objetivos estratégicos específicos:

- Identificar las necesidades y expectativas de los pacientes y la ciudadanía.
- Mejorar los servicios que prestamos (asistenciales y no asistenciales) teniendo en cuenta las necesidades reales de los pacientes.
- Desarrollar nuevos canales de información y comunicación con la ciudadanía y pacientes.

- Crear espacios de colaboración con asociaciones y entidades sin ánimo de lucro, incrementando la contribución a la comunidad, cada uno desde su propio espacio y misión.
- Contribuir a la gestión del conocimiento de la participación ciudadana a través de la identificación y difusión de buenas prácticas en esta materia.
- Identificar y valorar las necesidades de las personas Cuidadoras de pacientes dependientes.
- Implantación y desarrollo del procedimiento marco de atención a personas en situación de riesgo social en urgencias.
- Considerar la atención a la diversidad ciudadana, con especial atención a las personas con discapacidad, en relación con los servicios de salud; mejorando la accesibilidad universal a los centros y servicios sanitarios, para garantizar el acceso, la información y la atención a las personas con discapacidad en general y a las mujeres con discapacidad en particular.
- Impulsar la sensibilización y formación de profesionales, a fin de reconocer la necesidad de incorporar un enfoque de género, derechos humanos e integración de la discapacidad en la asistencia prestada a las personas con discapacidad.
- Impulsar la e-Administración mediante la puesta en marcha de sistemas transparentes de trabajo que permita a los profesionales y a la institución conocer puntualmente que sus demandas han sido recibidas, quién es el responsable de su resolución o gestión, los plazos previstos para su respuesta y el estado en que se encuentra.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ Implementación del Plan de Actuación en el Área de Participación ciudadana en los centros sanitarios a través del desarrollo de sus objetivos.
- ▶ El Hospital no tendrá ninguna reclamación por no permitir el acompañamiento de las personas especialmente vulnerables (pacientes en situación terminal, menores, grandes discapacitados, en situación de agitación o trastornos de la percepción sensorial) durante su estancia en las Unidades de Urgencias o Diagnósticas.
- ▶ El Hospital garantizará el acompañamiento continuo del recién nacido en particular y cualquier menor hospitalizado en general, por su madre/padre (o familiar que les sustituya) así como la visita sin

restricciones del padre/madre (o persona que les sustituya) en cualquier situación de estancia hospitalaria de los menores.

- ▶ El Hospital aplicará el protocolo de actuación para la hospitalización en habitaciones individuales a los pacientes que los necesiten (pacientes en fase terminal, paliativos, áreas maternas y aislamiento infecciosos).
- ▶ El Hospital contará con grupos de pacientes expertos de apoyo al afrontamiento y vivencia de la enfermedad. Estos pacientes formadores realizarán formación a sus iguales con la metodología de la Escuela de Pacientes.
- ▶ Calidad de vida relacionada con la salud para procesos específicos. Identificación y registro. Mejora en las puntuaciones de calidad de vida en grupos o subgrupos de interés clínico con procesos específicos y/o intervenciones diagnóstico - terapéuticas específicas:
 - Diabetes (Es-DQOL)
 - Asma (AQLQ de Marks)
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (SGRQ)
 - Insuficiencia cardíaca (MLHFQ)
 - Cáncer de Cervix (FACT-Cx), Cáncer de Mama (RSCL), Pulmón (QLQ-30, LC-13),...
 - HIV (MOS-HIV)
 - Enfermedad isquémica del corazón
 - Hipertensión arterial (CHAL)
 - Enfermedad Cerebrovascular
 - Insuficiencia Renal (KDQOL-SF36)
 - Artroplastia de cadera (WOMAC)
 - Artroplastia de rodilla (WOMAC)
 - Cirugía de cataratas (VQOL-15)
 - Cirugía de hernia discal (NHP)
 - Cirugía de varices (CIVIQ)
 - Fibromialgia (FIQ)
 - Paciente anciano frágil con frecuentes ingresos (EQ-5D + escalas específicas)
 - Ostomía (MONTREUX)
 - Depresión (QLDS)
 - Niños con discapacidad a largo plazo
 - Pacientes en diálisis (KDQOL).
 - Cualquier otro en el que exista un cuestionario validado y traducido al entorno sanitario del SNS.
- ▶ Alcanzar cambios positivos en el estatus de salud, según la vivencia del paciente, en dos momentos diferentes en el tiempo (mejora de las

puntuaciones obtenidas en los cuestionarios pre y post intervención).
(Patient Reported Outcomes - PROMP's):

- Artroplastia de rodilla
 - Artroplastia de cadera
 - Hernia inguinal
 - Varices
 - Colecistectomía
 - Hiperplasia benigna de próstata.
- ▶ Alcanzar cambios positivos, en dos momentos diferentes en el tiempo, en actitudes y habilidades interpersonales (triángulo terapéutico: clínico–usuario-familia) evaluadas mediante cuestionario sencillo y breve, auto-administrado, cumplimentado desde su hogar por los usuarios (familias, en caso de incapacidad) de las Unidades de Gestión Clínica. Resultados informados por los pacientes en habilidades comunicativas y actitudes de respeto y de consentimiento informado (PDRQ/CREM-P).
 - ▶ Implementar y evaluar el procedimiento de atención a personas en situación de riesgo social en urgencias.
 - ▶ Diseño e Implementación del Plan de Accesibilidad del Hospital a través de la detección de medidas de mejora, con la participación de personas con discapacidad y sus familias, al objeto de contribuir gradualmente a la accesibilidad universal de los centros asistenciales.
 - ▶ Facilitar la formación de los y las profesionales de los centros asistenciales a las acciones formativas organizadas desde la formación continua del SAS, así como incorporar contenidos transversales de discapacidad en todas las acciones formativas diseñadas por los centros.
 - ▶ Derecho ARCO: Garantizar a las personas interesadas el ejercicio de los derechos de rectificación y/o cancelación de los datos contenidos en la historia de salud.
 - ▶ No superar el nº de reclamaciones de responsabilidad patrimonial respecto al año anterior. El valor de referencia es la media de reclamaciones de los hospitales del año anterior.
 - ▶ Los centros no pueden superar el plazo de un mes de envío de la documentación clínica requerida en los procedimientos de Responsabilidad Patrimonial, a contar desde que se solicita por el Servicio de Aseguramiento y Riesgos.

Accesibilidad

Objetivo estratégico principal:

- Cumplimiento exacto y sin excepciones de los plazos regulados mediante decreto como garantía de la accesibilidad de los ciudadanos.

Objetivos estratégicos específicos:

- Equilibrar las entradas y salidas en los registros de actividad quirúrgica, mediante la calidad de las indicaciones y la optimización de los recursos, consiguiendo la autosuficiencia.
- Resolver de forma definitiva las interferencias en la accesibilidad debidas a problemas de organización interniveles e intranivel.
- Adecuar los tiempos de espera entre la atención de consultas externas y la primera visita de atención primaria, la recogida de resultados y la propuesta diagnóstica /terapéutica por parte de atención hospitalaria.
- Incrementar la transparencia y visibilidad de todos los procesos y procedimientos implicados.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ El Hospital garantizará que durante 2017 no haya ningún paciente afectado por el decreto 209/2001, por el que se establece la garantía de respuesta quirúrgica en el SSPA, con más de 180 días de espera.
- ▶ El Hospital garantizará que durante 2017 no haya ningún paciente con más de 120 días de espera, para aquellos procedimientos que se contemplan en la orden de 20 de diciembre de 2006.
- ▶ El Hospital garantizará que durante 2017 no haya ningún paciente con más de 90 días de espera, para aquellos procedimientos que se contemplan en la Orden de 2 de junio de 2016.
- ▶ Todos los Directores de Unidades de Gestión Clínica o Jefes de Servicios del Área Quirúrgica tendrán acceso a su propia Lista de Espera Quirúrgica y certificarán mensualmente dicha lista, coincidiendo con la publicación de los datos en la Web.
- ▶ El Hospital accederá mensualmente al Registro de Reproducción Humana Asistida y mantendrá actualizado los datos de actividad.
- ▶ El Hospital remitirá una carta a los pacientes que sobrepasen el tiempo máximo de respuesta, con el fin de informarles, para que puedan hacer uso del derecho de garantía.

- ▶ El INDA (Razón entre las Indicaciones Quirúrgicas Observadas y las Indicaciones Quirúrgicas Esperadas), de las especialidades básicas, a cierre de este año, deberá ser 1 o menor a 1.
- ▶ El centro cuya tasa de indicación estandarizada por edad y sexo de los procedimientos “Cataratas”, “Amígdalas /Adenoides” y “Prótesis de Rodilla” esté por encima de la tasa estandarizada media del grupo de hospitales al que pertenece el centro, deberá disminuir esa diferencia por lo menos en un tercio. En el caso de que esté por debajo deberá mantener la tasa igual a la media o por debajo de la misma.
- ▶ El porcentaje de pacientes en situación de Transitoriamente no Programable no deberá superar el 10% del total de pacientes afectados por el Decreto 209/2001, en cada una de las especialidades.
- ▶ El Hospital incrementará su rendimiento quirúrgico, en sesión ordinaria de mañana y tarde (salvo urgencias).
- ▶ El Hospital no tendrá pacientes pendientes, con cita o sin cita, con más de 60 días de antigüedad desde la fecha inicio de la demora para las especialidades de Decreto 96/2004.
- ▶ El Hospital debe gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que sean asignadas al paciente en la consulta por la UGC correspondiente.
- ▶ El Hospital, a lo largo del año 2017, irá adaptando su funcionamiento, para mejorar la gestión de las Consultas de Recogida de Resultados y así evitar las demoras en la realización del diagnóstico del paciente.
- ▶ El Hospital, a lo largo del año 2017, irá adaptando su funcionamiento, para mejorar la gestión de las interconsultas hospitalarias (entre UGC e intra UGC) y así evitar las demoras en la realización del diagnóstico y propuesta terapéutica del paciente.
- ▶ El Hospital tendrá accesibles a Atención Primaria todas aquellas agendas que en su configuración contemple las tareas: Primera Consulta procedente de atención primaria y “Consulta de acto único” procedente de atención primaria.
- ▶ El Hospital no tendrá pacientes pendientes, con cita o sin cita, con más de 30 días de antigüedad desde la fecha inicio de la demora para los procedimientos de Decreto 96/2004.
- ▶ Deberán gestionarse las solicitudes de procedimientos diagnósticos en formato electrónico y no mediante documentos en papel. En el caso de las pruebas funcionales a través de CitaWeb y las pruebas por imagen a través de PDI.
- ▶ El Hospital garantizará, el estudio de pacientes con Cáncer de Mama en acto único (prueba de imagen y biopsia percutánea en el mismo día).
- ▶ El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una exploración de Tomografía de Emisión de Positrones (PET) espere más de 25 días.

- ▶ El Hospital garantizará un tiempo adecuado para los resultados de las pruebas realizadas por anatomía patológica.
- ▶ El Hospital en el año 2017, deberá disminuir la estancia media de pacientes ingresados en el centro, para ello entre otras medidas habrá que reducir la demora en la realización de pruebas diagnósticas en estos pacientes a 24h hábiles para radiografías convencionales y a 48h hábiles para el resto de las pruebas (Ecografías, TAC, RM, Estudios Contrastados), al menos en el 85% de los casos.
- ▶ El Hospital deberá realizar la exploración y emisión del informe correspondiente en más del 85% de solicitudes a pacientes ingresados en el Hospital en un plazo de 1 día laborable desde la recepción de la misma.
- ▶ El Hospital deberá tener como objetivo para el año 2017, mejorar los tiempos de respuesta diagnóstica a las unidades de urgencia: garantizando que ningún paciente espere más de 90 y 60 minutos para TAC y Ecografía, respectivamente.
- ▶ El Hospital en el año 2017 deberá garantizar que ningún paciente espere más de 60 minutos en la recepción del resultado de pruebas de laboratorio, solicitadas por el facultativo de urgencias.

Actividad Asistencial

Objetivo estratégico principal.- El SAS presta la atención sanitaria priorizando la calidad de la misma y favoreciendo la seguridad del paciente, la humanización de la práctica, el uso eficiente de los recursos y renunciando al crecimiento inflacionista de su volumen de actividad asistencial sin reflejo en la mejora de los resultados en salud.

Objetivos estratégicos específicos:

- Adecuar el volumen de actividad asistencial hasta alcanzar tasas ajustadas a estándares de calidad.
- Monitorizar periódicamente y ajustar la tasa de indicaciones quirúrgicas y de pruebas diagnósticas mediante la adopción de medidas concretas encaminadas a evitar actividad asistencial derivada de la sobreindicación.
- Continuar creciendo en la realización de procedimientos sin ingresos, tanto en el ámbito quirúrgico como en el terapéutico y diagnóstico.
- Mejorar la Capacidad de Resolución de los equipos asistenciales.

- Diseñar estrategias de gestión compartida de la demanda, para que la asistencia sanitaria sea prestada por el profesional más adecuado según las necesidades del ciudadano/a.
- Mejorar la accesibilidad mediante la asignación a cada persona un/a enfermera/o como profesional de referencia para los cuidados en el proceso asistencial.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ Índice de Utilización de Estancias: El Hospital se marcará como objetivo para el año 2017 mantener el IUE igual o inferior a 1, para las especialidades médicas y quirúrgicas.
- ▶ Ajuste del índice de resolución quirúrgica en CMA por especialidad quirúrgica o médico quirúrgica a los estándares de su grupo en el año 2015.
- ▶ Ajuste del índice de resolución en CMA al estándar de los grupos CCS seleccionados.
- ▶ Hospital de Día Médico. Se evaluará la actividad realizada en los procedimientos más frecuentes a través del CMBD de HDM.
- ▶ El Hospital deberá implantar las medidas de mejoras establecidas por el PAUE.

Seguridad del paciente

Objetivo estratégico principal.- Implementar actuaciones que contribuyan a incrementar la seguridad de los usuarios.

Objetivos estratégicos específicos:

- Consolidar la cultura de seguridad del paciente y afianzar el papel de las UGC como espacios seguros de interrelación entre profesionales y pacientes.
- Potenciar sistemas de atención que permitan reducir al mínimo los riesgos a los que están expuestos los usuarios, mediante el desarrollo de la gestión de riesgos: notificación de incidentes, análisis, implantación y difusión de áreas de mejora; evaluación de prácticas seguras; publicación de resultados.

- Potenciar un uso más seguro de los medicamentos y de las vacunas, a fin de evitar posibles problemas relacionados con el mismo.
- Potenciar la participación y empoderamiento del paciente para la mejora de la seguridad.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ El Hospital asegurará la implementación de guías de práctica segura sobre: Prevención de y abordaje de Úlceras por presión, Prevención de caídas, Manejo seguro de dispositivos venosos, Administración segura de fármacos, Prevención de infecciones asociados a la asistencia sanitaria, Prevención de Broncoaspiración, transferencia segura de información entre servicios y niveles asistenciales.
- ▶ El Hospital informará sobre las actuaciones de mejora implantadas derivadas del análisis realizado en la Comisión de Seguridad del Paciente con la participación de las UGC referente a problemas identificados, procedimientos de trabajo o incidentes notificados.
- ▶ El Hospital potenciará la notificación y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y la implantación de acciones de mejora.
- ▶ El Hospital deberá promover la autoevaluación de sus UGC respecto a los elementos de seguridad establecidos, con especial atención a los criterios con menor nivel de cumplimiento y los de nueva incorporación, actualizando e implementando prácticas seguras: medicamentos, identificación de pacientes, gestión y análisis de riesgos, uso adecuado de pruebas (pruebas de laboratorio y radiaciones ionizantes), TIC, cuidados seguros, higiene de manos, cirugía segura, transferencia de información y pacientes, etc.).
- ▶ El Hospital potenciará la cumplimentación, por parte de todos los miembros del equipo quirúrgico, del listado de verificación de seguridad quirúrgica en las intervenciones programadas, identificando aquellos LVQ con incidentes durante su utilización y la acción correctora inmediata aplicada tras su análisis.
- ▶ Incrementar el número de camas con sistema de dispensación por dosis unitaria, ligado a un sistema de prescripción electrónica asistida, hasta conseguir un porcentaje mínimo del 85 %, valorándose como óptimo un resultado del 100%.
- ▶ El Hospital potenciará la conciliación de la medicación al ingreso y al alta en la atención hospitalaria y el análisis de discrepancias no justificadas del total de pacientes conciliados y medidas adoptadas para mejorar la conciliación.

- El Hospital potenciará la protocolización de procedimientos para la adecuada transferencia de información y de pacientes.

Acreditación y desarrollo profesional

Objetivo estratégico principal.- Adquisición de la excelencia en términos verificables en nuestra organización.

Objetivos estratégicos específicos:

- Crear una cultura de evaluación permanente de las competencias de los profesionales.
- Disponer de un sistema verificable y objetivo que permita la estratificación de las UGC.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- Incremento de profesionales acreditados o en proceso de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, calculados sobre el total de profesionales acreditables.
- Incremento de profesionales con competencias avanzadas en prescripción colaborativa acreditadas o en proceso de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, calculados sobre el total de profesionales acreditables en esta competencia avanzada.
- Incremento de Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Otras actuaciones ligadas al ejercicio profesional

Objetivo estratégico principal.- mejora continua de las condiciones de trabajo, la prevención de los riesgos y la vigilancia de la salud de los profesionales.

Objetivos estratégicos específicos:

- Disponer de un Sistema Integral de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales conforme a la norma OHSAS 18001-2007, y avanzar en su consolidación.
- Intervenir proactivamente en la prevención de agresiones a profesionales.
- Incrementar la realización de exámenes de salud de los profesionales.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- Realización de una auditoría interna en los Centros asistenciales con objeto de verificar la implantación del sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales según el modelo corporativo diseñado por el SAS, basado en OHSAS y establecer el plan de acciones correctoras.
- Finalización de la evaluación de riesgos específica de factores psicosociales.
- Implantación de las medidas de preventivas más significativas de cada especialidad preventiva (seguridad, higiene, ergonomía y psicología aplicada) contempladas en la Planificación de la Actividad Preventiva en cada UGC.
- Desarrollo de informes internos por parte de las Unidades de Prevención de los Centros donde se analicen las causas y posibles medidas preventivas de las agresiones a profesionales.
- Dentro de los objetivos individuales a los profesionales de cada UGC/Servicio: Realización por parte de los profesionales de cada UGC/Servicio de los cursos específicos de PRL disponibles en la WEB del SAS relacionados con los riesgos del puesto de trabajo.
- Ofrecimiento por escrito de la realización del examen de salud a cada miembro de la UGC o Servicio, por parte de su cargo intermedio.
- Realización y registro en la aplicación específica de Vigilancia de la Salud de exámenes de salud (iniciales, periódicos y específicos).
- En 2017 los centros establecerán el modelo de acreditación de competencias en los procesos de movilidad Interna.

Gestión clínica

Objetivo estratégico principal.- Avanzar en la mejora funcional de las Unidades implantadas bajo el modelo de Gestión Clínica.

Objetivos estratégicos específicos:

- Todas las Unidades de Gestión Clínica deben avanzar en la personalización de la asistencia.
- Impulsar la Unidades intercentros, interniveles y multidisciplinares que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria prestada (accesibilidad, cartera de servicios, continuidad asistencial, equidad en la asistencia, resultados clínicos) y el desarrollo profesional.

- Identificar líderes clínicos.
- Implementación de la estrategia “dejar de hacer”.
- Potenciar objetivos de Resultados Clínicos/Salud en los Acuerdos de Gestión Clínica.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ El Hospital supervisará los Acuerdos de Gestión Clínico (AGC) para que, al menos el 70% de los objetivos específicos propuestos por la UGC, estén orientados a la consecución de resultados clínicos/salud.
- ▶ Realizar un Acuerdo de Gestión interniveles, orientado a facilitar el cumplimiento de los objetivos compartidos por las UGC de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Este Acuerdo ha de ser enviado a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- ▶ Promover y alcanzar niveles progresivamente significativos de incorporación y resultados (“se cumple la recomendación”) en los objetivos específicos de los Acuerdos con las UGC de las recomendaciones “do not do” de la NICE.
- ▶ Mejorar el sistema de gobierno clínico de sus Unidades de Gestión Clínica (Gobernanza).

Gestión y servicios

Objetivo estratégico principal.- Mejora funcional de las Unidades de Profesionales como soporte para facilitar el cumplimiento de los fines de la organización sanitaria, apoyando de forma permanente las estructuras de Gestión Clínica.

Objetivos estratégicos específicos:

- Identificación, diseño y validación de las actividades de las Áreas, basada en la metodología de gestión por procesos, que supongan un nuevo impulso a la gestión orientada al cliente interno.
- Se culminará el desarrollo, actualización y despliegue de la estrategia de Calidad en el Área de Profesionales.
- Desarrollo de la e-administración en el ámbito de la organización, como elemento que permite optimizar la gestión interna de los procesos administrativos y la accesibilidad de la ciudadanía.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ Desarrollo de un sistema de gestión por procesos en el Área de Profesionales. Definición del modelo de trabajo, diseño del mapa de procesos y documentación a nivel de Centro de los procesos aprobados por la Dirección General de Profesionales (DGP).
- ▶ Implantación de un cuadro de mandos para el seguimiento de los procesos aprobados por la DGP.
- ▶ Elaboración y desarrollo de los subprocesos corporativos ligados a los procesos clave – no vinculados directamente a labores asistenciales - desarrollados en los centros, incluidos en la estrategia de Calidad en el Área de Profesionales.
- ▶ Los centros no pueden superar el plazo de un mes de envío de la documentación requerida en los procedimientos de Responsabilidad Patronal, a contar desde que se solicita por la Dirección General de Profesionales.

3. RESULTADOS EN VALOR DE LOS RECURSOS Y SOSTENIBILIDAD

Capítulo I, II y IV

Objetivo estratégico principal.- Limitar los gastos a las cantidades presupuestadas.

Objetivos estratégicos específicos:

- Obtener el máximo rendimiento de los recursos económicos disponibles (ingresos y gastos) a través de la gestión eficiente de los mismos, para obtener su máximo valor y avanzar en la sostenibilidad del SSPA.
- Planificar y gestionar la contratación administrativa con estricta sujeción al marco legal establecido y bajo los criterios de las mejores prácticas y procedimientos, mediante la elaboración y seguimiento del Plan Integral de Contratación Administrativa (PICA).
- Gestionar las obligaciones del Organismo con celeridad, eficiencia y eficacia, para garantizar el cumplimiento de la legislación básica del Estado y de la propia Comunidad Autónoma en la materia, favoreciendo el desarrollo de una adecuada política de pago a los proveedores del sistema.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

1º. Área de Gastos (Capítulos I, II y IV)

- Cumplimiento del presupuesto asignado en los capítulos I, II y IV.
- Control del Absentismo.

2º. Área de Ingresos

- Incrementar un 5% el volumen total de los derechos reconocidos en 2016 por las liquidaciones practicadas en concepto de asistencia sanitaria a terceros obligados al pago.

3º. Área de Contratación Administrativa

- Cumplimiento de un porcentaje de contratación administrativa normalizada distinta al contrato menor de un 75 %. Este porcentaje se plasmará en la propuesta de PICA 2017 que debe realizarse al comienzo del ejercicio y su seguimiento y evaluación se determinará por la DGGES.

4º. Área de Gestión de las Obligaciones

- El plazo medio comprendido entre la fecha de recepción de la factura y la fecha de preasignación no podrá superar los 7 días naturales.

Gestión pública responsable de los recursos y la sostenibilidad

Objetivo estratégico principal.- Incorporar los principios de la gestión pública responsable en todos sus ámbitos de competencia.

Objetivos estratégicos específicos:

- Implantación del Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía.
- Desarrollar un sistema de gestión socialmente responsable.

- Desplegar la Estrategia de Gestión Ambiental y Energética de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para los centros dependientes del SAS
- Impulsar el consumo responsable y la sostenibilidad ambiental.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ Desarrollo, actualización y despliegue de un sistema de gestión de la igualdad en el SAS de manera complementaria a la estrategia en Centros, en este ámbito. Los Centros tendrán elaborado un plan Específico de Igualdad, en el marco del Plan de Igualdad del SAS, y participarán en el desarrollo del Sistema de Gestión de la igualdad del SSPA.
- ▶ Minimización de la generación de residuos peligrosos asociados a la actividad sanitaria y de manteniendo de los centros del SAS (ver anexo objetivo 1).
- ▶ Incrementar el control de la trazabilidad en la producción de los residuos peligrosos generados en los centros sanitarios con la incorporación de un nuevo indicador por Grupos Homogéneos de Producción (ver anexo objetivo 2).
- ▶ Dar cumplimiento a la Estrategia de Gestión Ambiental y Energética de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para los centros dependientes del SAS (ver anexo objetivo 3).
- ▶ Adecuar toda la documentación y registros del SIGA SSPA a los requerimientos de la norma ISO 14001:2015 (ver anexo objetivo 4).
- ▶ Dar cumplimiento a los compromisos adquiridos por la Consejería de Salud para el desarrollo del Plan de Acción 2016-2017 de la Estrategia Energética de Andalucía 2020. Puesta en marcha de medidas de sensibilización en materia de ahorro energético entre los profesionales y partes interesadas del SAS (ver anexo objetivo 5).
(Ver anexo de objetivos de gestión ambiental y energética)

4. RESULTADOS EN EL ÁMBITO DEL CONOCIMIENTO

Formación e investigación

Objetivo estratégico principal. Satisfacer las expectativas de crecimiento, actualización y mantenimiento de las competencias de los profesionales sanitarios en un marco alineado con las necesidades de la organización, coherente con la práctica asistencial del puesto de trabajo, que promueva la seguridad de los pacientes y asentado en la mejor evidencia científica.

Objetivos estratégicos específicos:

- Desarrollar la capacidad de formación del SSPA para la mejora de las competencias de sus profesionales.
- Incorporar la docencia como ámbito de actuación estructurado de las Unidades de Gestión Clínica del SSPA.
- Reforzar el valor de la competencia docente de los profesionales del SSPA
- Reconocer el nivel y la intensidad de la participación de los profesionales del SSPA en los procesos docentes que se desarrollan en los centros, unidades y servicios.
- Optimizar el uso de los recursos destinados a investigación en el SSPA mediante la evaluación competitiva de proyectos y programas, el uso de indicadores objetivos y cuantitativos de producción y su adecuación a las estrategias priorizadas de investigación clínica.
- Incorporar la formación, la investigación y la innovación como ejes modulares de actuación en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica-Servicios, explotando su capacidad de potenciarse recíprocamente.
- Potenciar la investigación en Atención Primaria, mediante convocatoria abierta y permanente de proyectos de investigación, exclusivamente para Atención Primaria

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

1. Formación.

- El centro se comprometerá con la docencia práctico clínica del alumnado de las titulaciones universitarias conducentes a profesiones sanitarias.
- El centro garantizará la docencia práctico-clínica conforme a lo especificado en los Planes de Colaboración con la Universidad.
- Las Unidades de Gestión Clínica dispondrán de profesionales que desarrollen las tareas de tutorización práctico clínica del alumnado universitario de las titulaciones sanitarias conforme a lo previsto en los Planes de Colaboración con la Universidad.
- El centro contará con un sistema de análisis de la capacidad docente que permita conocer el horizonte del alcance de la colaboración con las Universidades en términos de competencias y número de alumnos.
- El centro se comprometerá con la mejora de la capacidad docente de sus profesionales que ejerzan como tutores clínicos y para ello incorporará acciones de formación en competencias docentes y facilitar su realización por parte de los profesionales.
- El centro se comprometerá con la calidad de las Rotaciones Externas de Residentes conforme a la instrucción 02-2013 de la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento.
- La evaluación de la anualidad formativa 2015-2016 a residentes se realizará según el formato de evaluación anual único del SSPA.
- La encuesta de satisfacción unificada anual de Residentes del SSPA se consignará por al menos el 95 % de los y las residentes del Centro.
- Se velará por la satisfacción de los y las Residentes del Centro, debiendo resultar el índice sintético de satisfacción con la anualidad formativa 2015-2016 (encuesta anual del SSPA) en al menos 4,1 puntos (sobre un máximo de 5).
- El centro se comprometerá a incentivar y facilitar la labor de las personas que ejerzan la tutoría de residentes, dotándoles del tiempo necesario en su jornada laboral para la realización de la tutorización y organización de las actividades docentes de la UGC.
- Se incentivará la formación de tutores y tutoras en competencias docentes, debiendo realizar la formación on-line con una periodicidad cuatrienal al menos el 75% de ellos

- Se mantendrá el compromiso con la programación docente anual y el seguimiento docente de residentes, debiendo tener el 100% de ellos el Plan Individual de Formación actualizado el 30 de junio de 2017.
- El centro se comprometerá con la calidad de la formación sanitaria especializada debiendo para ello actualizar e implantar el Plan de Gestión de la Calidad Docente.
- Se mantendrá el compromiso con la programación docente anual y el seguimiento docente de residentes, debiendo tener el 100% de ellos al menos 4 entrevistas trimestrales con su tutor-tutora el 15 de diciembre de 2017.
- El centro se comprometerá a contar con una planificación de las necesidades docentes de las Unidades de Gestión Clínica que permita conocer las demandas de formación continuada de los profesionales para la mejora de la práctica clínica.
- Se incluirán, por el Centro, indicadores de impacto en la actividad asistencial o de gestión de la formación continuada realizada por los profesionales.
- El centro incentivará la formación en competencias específicas a través de procesos de aprendizaje entre iguales mediante estancias formativas dirigidas a otros profesionales del SSPA.
- El centro se comprometerá a que, al menos, el 90% de los profesionales matriculados en acciones formativas presenciales y/o semipresenciales del plan de formación del Centro, de la EASP o de la Línea IAVANTE la finalicen incluyendo la realización de las pruebas de evaluación.
- Se velará por la realización del 95% de las actividades programadas en el Plan de Formación Continuada del Centro, incluyendo las actividades de formación para el empleo.
- El centro se comprometerá con la satisfacción de los profesionales respecto a las actividades de formación continuada realizadas, debiendo estar el índice de satisfacción global medio anual en al menos 7,5 puntos (sobre un máximo de 10).

2. Investigación.

- ▶ El Hospital desarrollará actividad investigadora, según los objetivos recogidos en el anexo, en las siguientes áreas:
 - Publicaciones con factor impacto (JCR):

- Nº de Publicaciones
- Factor de impacto global.
- Publicaciones en primer decil.
- Publicaciones en primer cuartil.
- Guías Clínicas publicadas en revistas del JCR y evaluadas con la metodología AGREE.
- Líneas de Investigación en las UGC.
- Proyectos de investigación en convocatorias competitivas (*).
 - Agencias internacionales (solicitados y concedidos).
 - Agencias nacionales (proyectos activos).
 - Agencias autonómicas (proyectos activos).
 - Agencias Privadas (proyectos activos).
- Participación de Unidades de Gestión Clínica – Servicios en Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS) y Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER) del Instituto de Salud Carlos III, así como en Grupos de investigación clínica, compuestos por al menos cuatro UGC, financiados por la Consejería de Salud.
- Grupos de investigación financiados por el Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI).
Grupos de investigación clínica, compuestos por al menos cuatro UGC, financiados por la Consejería de Salud.
- Contratos de investigadores de carrera (Nicolás Monardes, Ramón y Cajal, Miguel Servet, Sara Borrell, Juan de la Cierva y contratos de personal posdoctoral de la convocatoria de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales).
- Desarrollo de Ensayos Clínicos en fases I, II y III (*). Disponibilidad de Unidades para realización de EECC fase 1.

- Patentes y otros registros de la propiedad industrial e intelectual e innovaciones tecnológicas.

(*) Deberán Desarrollarse en el ámbito de las líneas de investigación previamente establecidas en las Unidades de Gestión Clínica correspondientes (en el campo de la investigación clínica, experimental, de las terapias avanzadas, de los factores de riesgo de enfermedad, etc.).

Cada uno de los ítems anteriores deberá superar o mantener los resultados del año 2016 (según Anexo).

Los criterios de evaluación y valores mínimos de los objetivos se recogen en anexo a este contrato-programa.

- El Hospital potenciará la investigación en Cuidados y facilitará –con especial atención- la investigación de grupos emergentes.

Sistemas de Información

Objetivo estratégico principal.- Se incorporarán sistemas de información corporativos para el desarrollo de la gestión clínica.

Objetivos estratégicos específicos:

- Implantar sistemas de información que faciliten la Estrategia de Resultados Clínicos/Salud.
- Construir la historia digital única e integrada del SSPA.
- Fomentar el uso de Diraya Atención Hospitalaria, haciendo un uso correcto y completo de los diferentes módulos que lo conforman, obteniendo no sólo una historia digital única, sino sobre todo, una historia clínica digital integral y de calidad.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- Hospitalización. El centro tendrá al menos el 95% de los episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y/o alta o éxitus.
- Consultas externas. El centro hará un uso correcto del módulo de Consultas Externas de Diraya Atención Hospitalaria. Para ello, alcanzará al menos un 90% de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución, respecto al total de citas realizadas.

- ▶ Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA): El centro tendrá implantado MPA, como petición de pruebas analíticas, en al menos el 75% de la UGCs peticionarias.
- ▶ Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA) en Urgencias. El centro implantará MPA como sistema peticionario de laboratorios en el ámbito de urgencias para el 100% de las pruebas.
- ▶ Uso del Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen (PDI) en Hospitales: El centro utilizará la petición electrónica de diagnóstico por la imagen (PDIWeb) en al menos el 90% de las pruebas que se soliciten respecto del total.
- ▶ El centro garantizará que las peticiones de bacteriología (en concreto, cultivos de orina) pueden realizarse correctamente en MPA.
- ▶ El centro cumplimentará el Registro diario de Urgencias Hospitalarias.
- ▶ Actualización continua del Plan Operativo de Urgencias y Emergencias en AP (PODUE).
- ▶ Prescripción Intrahospitalaria: El 75% de las unidades con camas de hospitalización habrán implantado la prescripción electrónica en farmacia intrahospitalaria.
- ▶ Implantar el sistema de información de registro y gestión de reclamaciones y demandas corporativo en materia de profesionales. Registrar el 100% de las mismas en el sistema, a partir de la fecha de implantación.
- ▶ Se evaluará la congruencia de la información de la actividad obstétrica realizada reflejada en CMBD y la información recogida en la Hoja Obstétrica de Diraya.
- ▶ Implantación de la aplicación corporativa de teledermatología
- ▶ Adopción de la política corporativa de la Junta de Andalucía de uso de LibreOffice como herramienta ofimática, cumpliendo con los objetivos de reducción de instalaciones según los objetivos marcados para cada centro.

Imagen y Comunicación

Objetivo estratégico principal.- Mejorar la imagen percibida por los ciudadanos de los centros del SAS.

Objetivos estratégicos específicos:

- Impulsar una actitud proactiva, articulada y planificada de los centros del SAS con respecto a los medios de comunicación social.
- Mejorar la imagen que tiene la ciudadanía de los centros asistenciales del SAS, fomentando la calidad percibida a través de la implementación progresiva de acciones en áreas susceptibles de mejora.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- El Centro generará noticias con impacto positivo para la organización, al menos 24 noticias al año.

5. RESULTADOS DE DESARROLLO CRÍTICO

Uso racional del medicamento

Objetivo estratégico principal.- Mejorar la calidad y eficiencia de la prestación farmacéutica en el SAS.

Objetivos estratégicos específicos:

- Profundizar en la estrategia de mejora de la calidad de la selección y adecuación en el uso de medicamentos, tanto adquiridos por el Hospital, como en los prescritos a través de recetas.
- Adecuar el gasto de la prestación farmacéutica, a través de recetas, al presupuesto en capítulo IV aprobado por el parlamento andaluz.
- Incrementar la eficiencia y disminuir la variabilidad en el uso de medicamentos de dispensación hospitalaria, de especial relevancia, destinados a pacientes externos.
- Mantener la “Prescripción por Principio Activo” como marca emblemática del URM en el SAS.
- Promover la prescripción en Receta XXI en el Hospital y garantizar a los profesionales información individualizada y periódica sobre sus prescripciones.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ El consumo total de los medicamentos de adquisición hospitalaria, prescritos por los facultativos del hospital, con independencia del Centro en el que se realicen las dispensaciones, en el período Noviembre 2016-Octubre 2017, no superará la cantidad de (.....) euros.
- ▶ El índice de utilización en hospitales, de los medicamentos seleccionados en el “Acuerdo Marco de Selección de principios activos para determinadas indicaciones” (Procedimiento 4001/13), descrito en anexo adjunto, en el período Noviembre 2016-Octubre 2017, será como mínimo de 5 puntos, valorándose como óptimo un resultado de 10 puntos
- ▶ El porcentaje de recetas de medicamentos prescritos por principio activo, en el período Noviembre 2016-Octubre 2017, será como mínimo $\geq 88\%$, valorándose como óptimo un porcentaje $\geq 96\%$.
- ▶ El Índice Sintético de Calidad (ISC-AH), de las recetas prescritas en A. Hospitalaria, descrito en Anexo adjunto, en el período Noviembre 2016-Octubre 2017, será como mínimo de 3 puntos, valorándose como óptimo un resultado de 10 puntos.
- ▶ El Hospital arbitrará las medidas necesarias para que las recetas se realicen siempre por el sistema de receta electrónica (Receta XXI).
- ▶ Se arbitrará las medidas necesarias para que los profesionales de atención especializada reciban mensualmente, la adecuada información sobre su perfil de prescripción en recetas, con aquellos indicadores, incluidos como objetivo de contrato programa, que tengan relación con las áreas terapéuticas propias de su especialidad médica o Unidad de Gestión Clínica.
- ▶ El Hospital arbitrará las medidas necesarias para mejorar la adecuación de los tratamientos, prescritos a través de receta oficial, a las recomendaciones farmacoterapéuticas adoptadas a nivel central o, en su defecto, a protocolos internos basados en guías de práctica clínica de calidad. Se priorizará sobre los medicamentos que supongan un alto impacto en la prestación farmacéutica ambulatoria, especialmente aquellos calificados de diagnóstico hospitalario.
- ▶ El hospital incluirá en el apartado de objetivos críticos de los acuerdos de gestión clínica de las UGC los objetivos que le correspondan de farmacia con los pesos correspondientes según las indicaciones dadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- ▶ Promoción de la prescripción enfermera en desarrollo del Decreto 307/2009, de 21 de julio: Prescripción de Productos Sanitarios.

Uso adecuado de otras tecnologías sanitarias

Objetivo estratégico principal.- Mejorar la calidad y eficiencia en el SAS relacionada con el uso de otras tecnologías sanitarias.

Objetivos estratégicos específicos:

- Profundizar en la estrategia de acuerdos de consumo de otras tecnologías sanitarias.

Objetivos Acuerdo de Gestión y Resultados (CP):

- ▶ Cumplimiento del Acuerdo de Consumo.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

